

**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE pro Alzheimercentrum Zábřeh z.ú.**  
o zdravotním stavu žadatele k poskytování sociální služby Domov se zvláštním režimem

**I. Žadatel:** ..... titul .....

Jméno a příjmení

Datum narození: ..... zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště: .....

Ulice, číslo, město, PSČ, okres

| <b>II. Trpí žadatel demencí:</b> | ANO* | NE*       |
|----------------------------------|------|-----------|
| Typ demence:                     |      |           |
| Orientován osobou                | ANO* | ČÁSTEČNĚ* |
| Orientován časem                 | ANO* | ČÁSTEČNĚ* |
| Orientován místem                | ANO* | ČÁSTEČNĚ* |

\*nehodící se škrtněte

**III. Diagnóza**

Hlavní:  
Statistická značka hlavní choroby dle MKN

Ostatní nemoci:

**IV. Aktuální medikace**

**V. Alergie**

**VI. Další nezbytné informace pro poskytnutí pobytové sociální služby:**

**VII. Aktuální zdravotní stav:**

**VIII. Dispenzarizace v odborných ambulancích:**

V/Ve.....

Dne.....

.....  
razítko a podpis lékaře